

診療情報提供書・内視鏡内科受診申込書

FAX : 011-351-3126

FAXを受け取り次第予約表を送付します。確認事項がある場合ご連絡します。

ふりがな		生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日 () 才
氏名						
住所	〒	電話	自宅	—	—	
			携帯	—	—	
		勤務先	—	—		
貴院名		医師名				
住所		連絡先				

はじめに内視鏡科外来を受診していただき、検査の予約・説明を行います。

★ 以下の該当項目にチェックをお願いします。

【外来希望日】なるべく月曜日・木曜日の午前中をお願いします。

月 日 (9:00 9:30 10:00 10:30 11:00 11:30)

(月木以外の初診予約希望の場合は調整してご連絡申し上げます)

【内視鏡検査希望日 (もし希望日があればご記載ください)】

月 日 (胃カメラは月～土の午前、大腸カメラは月～金の午後となります。)

※ 本日緊急の内視鏡検査をご希望の場合はお電話にてご一報ください (011-801-1212)

- 【依頼内容】 : 上部内視鏡検査 (経口・経鼻、セデーションも選択できます)
 大腸内視鏡検査 (セデーションや入院での検査も選択できます)
 腫瘍精査・加療 (食道・胃・十二指腸・大腸・その他)

- 【検査目的】 : スクリーニング
 検診異常 (便潜血陽性 ・ 胃透視異常 ・ その他)
 症状有 (胃痛・胸やけ・便秘・下痢・下血・血便・その他)
 フォローアップ (EMR/ESD後・ポリペク後・除菌後・その他)
 内視鏡治療および治療前精査 (ESD、EMRなど)

現病歴や詳細な検査目的、合併症があれば記載してください

問い合わせ先 : TEL011-351-3125

入退院支援室



交雄会 KOYUKAI
Shin-Sapporo
Hosp.

新さっぽろ病院